

通称名記載及び性別表記の変更に関する申請書

柏市長 あて

申請年月日 平成 年 月 日

柏市が発行する以下の証書について、

1. 戸籍上の性別を裏面に表記するよう変更を依頼します。
2. 通称名を表面に、戸籍上の氏名を裏面に表記するよう変更を依頼します。

(上記のうち変更を希望するものを○で囲んでください。)

証書

1. 介護保険被保険者証
2. 介護保険負担割合証
3. 介護保険負担限度額認定証
4. 介護保険資格者証

被保険者番号	0	0							
ふりがな									
通称名 (証書に記載する氏名)									
ふりがな									
氏名 (戸籍上の氏名)									
生年月日	(和暦)			年	月	日			
住 所	〒 電話番号								

※ 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
--------	--	-------------------	--

【注意事項】

1. この申請により通称名を記載または性別表記の変更を行うのは、柏市がやむを得ないと認めた場合のみです。
2. この申請書には以下の書類の添付が必要です。(性別の表記のみ変更の場合は、①のみ提出が必要です)
 - ①医師の診断書等の性同一性障害を有することを確認できる書類の写し
 - ②通称名が社会生活上日常的に用いられていることを確認できる書類の写し(通称名で受領している郵便物や公共料金の請求書など)
 ※本人以外の方が申請される場合は上記の書類の他に委任状の提出が必要です。
3. 性別表記については、証書の表面の性別欄に「裏面参照」と記載し、裏面に「戸籍上の性別は男(または女)」と記載します。
4. 通称名を記載する場合は、証書の表面に記載します。また氏名(戸籍上の氏名)は証書の裏面に記載します。

決 裁 欄	課長	副参事	統括 リーダー	担当 リーダー	担当	合 議 欄	サービス担当	認定審査担当

添付 書類 確認	<input type="checkbox"/> 医師の診断書等	本人 身分 確認	<input type="checkbox"/> 免許証
	<input type="checkbox"/> 通称名で受領している郵便物や公共料金の請求書等		<input type="checkbox"/> 健康保険証
			<input type="checkbox"/> 介護保険証
			<input type="checkbox"/> その他 ()